

令和2年度
地方独立行政法人広島市立病院機構職員看護師採用試験申込書

機構経験者

（申込書記入上の注意事項をよく読んでから記入してください。）

ふりがな	性別 男 ・ 女	※受験番号
氏名		写真 (タテ5cm×ヨコ4cm) 1 3月以内に撮影した正面、 脱帽、上半身の写真を貼付 2 写真の裏面に名前を記入 3 裏面にのりを付け貼付
生年月日 昭和・平成 年 月 日生	年齢 [申込時ではなく、 2020年10月1日現在] 満 歳	
現住所 〒 -		
Tel - - 携帯電話 - -		
文書等の送付先 〒 -		
Tel - - 携帯電話 - -		

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間	
	最終（現在）				市・区 町・村	昭・平・令 年 月 昭・平 年 月
その前				市・区 町・村	昭・平 年 月 昭・平 年 月	卒業・卒見・中退 入学
その前				市・区 町・村	昭・平 年 月 昭・平 年 月	卒業・卒見・中退 入学

職 歴	勤務先（部課名まで）	職 名	所 在 地	勤 務 期 間
	最終（現在）			
その前				自 昭・平 年 月 ～ 至 昭・平・令 年 月
その前				自 昭・平 年 月 ～ 至 昭・平 年 月
その前				自 昭・平 年 月 ～ 至 昭・平 年 月
その前				自 昭・平 年 月 ～ 至 昭・平 年 月
その前				自 昭・平 年 月 ～ 至 昭・平 年 月

看護師免許等の取得状況		左記以外の免許・資格 *自動車運転免許は除く	
免許の種類	取得(見込)年月 *該当に○をすること	免許・資格の種類	取得(見込)年月 *該当に○をすること
看護師免許	昭・平・令 年 月取得・取得見込		昭・平・令 年 月取得・取得見込
保健師免許	昭・平・令 年 月取得・取得見込		昭・平・令 年 月取得・取得見込
助産師免許	昭・平・令 年 月取得・取得見込		昭・平・令 年 月取得・取得見込

配属希望病院 **※必ず、第三希望まで○をすること**

第一希望	広島	安佐	舟入	リハビリ
第二希望	広島	安佐	舟入	リハビリ
第三希望	広島	安佐	舟入	リハビリ

・配属希望勤務先は、採用時の配属を行う際に参考とするもので、実際の配置は職員の欠員状況等により決定します。必ずしも希望に添うものではありません。また、採用後、配置替えをすることがあります。

氏名

趣味、特技

好きなスポーツ

志望の動機

関心の高い領域

医療従事者として、大切にしていること

自己PR

私は、地方独立行政法人広島市立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、申込書の記載事項に相違ありません。

令和2年 月 日

氏名

(自 署)